Lane Medical Library

Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Die Therapie beim engen Becken.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerschon Golischeff.

■ ■ ■

München 1914
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Geh. Hofrat Professor Dr. Döderlein.

Meiner lieben Frau gewidmet.

Das enge Becken ist eine häufige und schwierige Komplikation, mit der der Geburtshelfer zu rechnen hat und die ihm nicht selten große Schwierigkeiten bereitet. Es wurde viel darüber gesprochen und gestritten, ob in einem gegebenen Falle diese oder jene geburtshilfliche Operation angewendet werden sollte, und auch jetzt ist die Mehrzahl der Geburtshelfer noch nicht zu einer übereinstimmenden Meinung gekommen.

Vor der Anlegung der Zange an den über dem Beckeneingang beweglich stehenden Kopf wird allgemein gewarnt (Veit, Leopold, Pfannenstiel, Hegar, Fehling, Olshausen). Ist aber der Kopf bereits konfiguriert und wenigstens ein Segment eingetreten, so daß der Kopf nicht, oder nur wenig mehr beweglich ist, dann findet die Operation doch bei einzelnen Autoren Verteidigung. Döderlein wendet diese Operation dort an, wo aus Indikationen von seiten der Mutter oder des Kindes die sofortige Beendigung der Geburt angezeigt erscheint. Hier soll sie als ein letzter Versuch zur Rettung des kindlichen Lebens angewendet werden, dem bei Mißlingen sofort die Perforation zu folgen hat.

Krönig, Hegar und Menge verwerfen die prophylaktische Wendung vollkommen. Fehling führt sie kaum je aus. Die Leopold'sche Schule, früher die eifrigste Verteidigerin dieser Operation, beschränkt sich jetzt ebenfalls in ihrer Anwendung.

Die künstliche Frühgeburt ist völlig von Zweifel, Döderlein, Krönig, Bumm, Menge verworfen; Fritsch und Peham empfehlen sie für die allgemeine Praxis. Döderlein führt dagegen an, daß in Wirklichkeit diese Operation bei den praktischen Aerzten offenbar nicht sehr beliebt sei, da es sich sonst nicht erklären ließe, daß von den Aerzten so viele Fälle zur Ausführung der Operation der Klinik überwiesen würden. Veit findet, daß durch die lange Dauer der künstlichen Frühgeburt die Infektionsgefahr der Mutter erhöht werde.

Die subcutane Spaltung des Beckens (Döderlein, Walcher, Bumm, Leopold, Zweifel), hat sich als ein wesentliches Moment für die Erzielung einer raschen glatten Heilung und für die Infektionsverhütung herausgestellt. Nur Frank, Rißmann und Krönig sind für offene Methode eingetreten. Die Anhänger der Schnitt- (Döderlein), und Stichmethode

(Bumm, Walcher), streiten sich um den Vorrang. Die Stichmethode wird die größere Einfachheit und die Verminderung der Infektionsgefahr, der Schnittmethode die größere Schonung der Blase nachgerühmt.

In neuerer Zeit ist die extraperitoneale Eröffnung des Uterus vorgeschlagen worden. Die Sectio-Caesarea extraperitonealis wurde zuerst von Frank gemacht, von Sellheim energisch aufgenommen und verbessert und hat sich nunmehr durch die Mitarbeit von Veit, Pfannenstiel, Döderlein, Küstner zu einer typischen Operation entwickelt.

Während nach übereinstimmender Anschauung mehrerer Geburtshelfer die subcutane Hebosteotomie und der extraperitoneale Kaiserschnitt mehr und mehr zur Anwendung gelangten, wird die Perforation des lebenden Kindes bei Beckenenge immer mehr eingeschränkt. Nur bei schwer septisch infizierten Fällen wird auch heute noch wegen der Gefahr jedes blutigen Eingriffs die Perforation des lebenden Kindes noch nicht für überwunden erklärt.

Im ganzen wurden in der Münchener Frauenklinik in den letzten 7 Jahren (1906—1912) 807 Fälle von engen Becken beobachtet. Ausgeschieden sind nur die mit Placenta praevia, Eklampsie, schwerer Nephritis und Phthise komplizierten Entbindungen, sowie die Geburten bei Kindern unter 2500 gr und macerierten Früchten.

Die Geburtsgeschichten sind nach der Größe der Vera von 10 cm abwärts in 5 Gruppen geordnet: 10,0—9,6 cm, 9,5 bis 8,6 cm, 8,5—7,6 cm, 7,5—6,5 cm und unterhalb 6,5 cm.

Die Beckenmaße betreffen der Reihe nach: Distant. spinar., cristar., troch., Conjug. extern., diagonal., vera.

Von den 807 Fällen von engen Becken kamen 548 Kreißende (68%) spontan nieder, 259 wurden operativ entbunden = 32%. Das Wochenbett ist bezeichnet als gestört, wenn die T° nur einmal, als fieberhaft, wenn sie 2 und mehrere Male über die Norm gestiegen ist.

Vera 10,0—9,6.

Erstgebärende.

Von den 67 Erstgebärenden kamen 56 spontan nieder (83,6%), 11 wurden operativ behandelt = 16,4%.

Operative Geburten.

1. Typische Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 3 mal beendigt. Ein Kind kam tot zur Welt. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3260 gr. Das Wochenbett verlief normal.

2. Hohe Zange.

Sie wurde 3 mal angewendet. Die Kinder lebten. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3350 gr.

Das Wochenbett 1 mal fieberhaft.

3. Extraction.

Die Extraction wurde 2 mal wegen Steißlage vorgenommen. Die Kinder lebten. Das durchschnittliche Gewicht 2500 gr. Wochenbett normal.

4. Wendung.

Es wurde nur einmal gewendet. Das Kind kam asphyktisch zur Welt und wog 3500 gr. Wochenbett normal.

5. Perforation.

Die Perforation des lebenden Kindes wurde nur einmal wegen vorzeitigem Blasensprung vorgenommen.

Die Mutter starb.

6. Kaiserschnitt.

Einmal. Das Kind kam asphyktisch zur Welt und wog 3000 gr. Wochenbett fieberhaft.

Mehrgebärende.

Von den 82 Mehrgebärenden kamen 70 spontan nieder, d. i. 85,4%, 12 wurden operativ entbunden = 14,6%.

Operative Entbindungen.

1. Typische Zange.

Zweimal wurde die Geburt mit der Zange beendigt. Die Kinder kamen lebend. Das durchschnittliche Gewicht betrug 3350 gr.

Das Wochenbett verlief normal.

2. Wendung.

Nur einmal wurde die Wendung vorgenommen. Das Kind lebte und wog 3800 gr.

Wochenbett normal.

3. Perforation.

Die Perforation des lebenden Kindes wurde 3 mal vorgenommen, davon einmal bei vorzeitigem Blasensprunge und zweimal nach Hohenzangenversuch. Das durchschnittliche Gewicht der

Kinder betrug 4150 gr. Dreimal wurde das tote Kind perforiert, dabei einmal Uterusruptur (Totalexstirpation des Uterus).

Das Wochenbett nur einmal fieberhaft.

4. Künstliche Frühgeburt.

Sie wurde einmal gemacht. Das Kind wurde durch Wendung und Extraction entwickelt und kam tot zur Welt.

Wochenbett normal.

5. Hebosteotomie.

Die Hebosteotomie wurde mit hoher Zange 2 mal ausgeführt. Die Kinder wogen: 3470, 2900 gr.

Wochenbett normal.

Vera 9,5—8,6.

Erstgebärende.

Von den 157 Erstgebärenden kamen 122 spontan nieder, = 77,7%, 35 wurden operativ entbunden = 22,3%.

Operative Entbindungen.

1. Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 12 mal beendigt, davon einmal bei vorzeitigem Blasensprunge. Sämtliche Kinder kamen lebend zur Welt. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3298 gr.

Das Wochenbett verlief 6 mal normal, einmal gestört, 5 mal fieberhaft.

2. Hohe Zange.

Dreimal wurde die hohe Zange angelegt, davon einmal bei vorzeitigem Blasensprunge. Ein Kind kam asphyktisch, eines lebend und eines tot zur Welt. Die Kinder wogen: 3950, 3200, 2900 gr.

Wochenbett nur einmal gestört.

3. Extraction.

Die Extraction des Kindes wurde 4 mal vorgenommen. Dreimal bei Steißlage, einmal wurde das Kind bis zum Nabel geboren und dann extrahiert. Sämtliche Kinder lebten. Gewicht: 3000, 2800, 2950, 3150 gr.

Wochenbett normal.

4. Wendung.

Sie wurde nur einmal aus II. H. H. L. gemacht:

21 Jahr. (J. Nr. 361 Hb. Sch. 1912) lp. 1. Regel mit 17

Jahren. Ende der Schwangerschaft. II. H. H. L. Allgemein verengtes Becken.

Maße: 24, 27, 29, 16,5, 11. Therapie: Wendung und Extraction. Placenta auf Druck. Die Geburt dauerte 48.50 Std. Kind scheintot, 3120 gr. Wochenbett fieberhaft.

5. Perforation.

Fünfmal wurde das lebende und einmal das tote Kind bei Nabelschnurvorfall perforiert. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3050 gr.

Wochenbett normal.

Nur eine Mutter, bei der die Perforation des Kindes nach einem Zangenversuche vorgenommen wurde, starb.

6. Decapitation.

Einmal bei Querlage und Nabelschnurvorfall:

24 Jahre. (J. Nr: 435-Heb. Sch. 1909) I. p. 1. Regel mit 13 Jahren. X. Monat der Schwangerschaft. II. d. p. Querlage. Maße: 25, 28, 32, 19,5, 11. Nabelschnurvorfall. Therapie: Decapitation am lebenden Kind. Manuelle Placentarlösung. Die Geburt dauerte 27,5 Std. Kind wog 3130 gr.

Wochenbett normal.

7. Kaiserschnitt.

Der Kaiserschnitt wurde 7 mal ausgeführt. Sämtliche Kinder lebten. Ihr durchschnittliches Gewicht betrug 3315 gr.

Wochenbett: 3 mal normal, 2 mal gestört und 2 mal fieberhaft.

8. Hebosteotomie.

Einmal. Bei der Patientin wurde nachher die Laparotomie vorgenommen. Sie starb.

23 Jhr. (J. Nr: 211. 1908) 1. p. Rachitis. Die 1. Regel mit 17 Jahren. X. Monat der Schwangerschaft. I. Schädellage. Maße: 25.5, 27, 30, 17.25, 10.5, 9. Therapie: Hebosteotomie, Forceps-Episiotomie. Credé. Paralytischer Ileus. Anus praeternaturalis. Laparotomie. Kind tot, 2550 gr.

Mehrgebärende.

Von den 212 Mehrgebärenden kamen 154 spontan nieder, = 72,7%, 58 wurden operativ behandelt = 27,3%.

Operative Entbindungen.

1. Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 7 mal beendigt. Drei Kinder wurden asphyktisch, 4 lebend geboren. Ihr durchschnittliches Gewicht betrug 3633 gr.

Wochenbett: 5 mal normal, 1 mal gestört, 1 mal fieberhaft.

2. Hohe Zange.

Die hohe Zange wurde 5 mal angelegt, davon mußten 2 Kinder durch Perforation und Extraction entwickelt werden.

Im ganzen zwei tote Kinder, deren Tod durch das enge Becken und die Therapie verschuldet ist. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3342 gr.

3. Extraction.

Die Extraction des Kindes wurde 8 mal vorgenommen: 4 mal bei Fußlage, 1 mal bei gedoppelter Fußsteißlage, 2 mal bei Steißlage, 1 mal — bei vorzeitigem Blasensprunge — wurde das Kind extrahiert und der nachfolgende Kopf perforiert. Zwei tote Kinder, deren Tod durch das enge Becken und die Therapie verschuldet ist.

Das Wochenbett verlief normal.

4. Wendung.

Bei diesem Grade der Verengerung wurde die Wendung 10 mal vorgenommen, davon 3 mal bei Schieflage, 2 mal bei Querlage, 2 mal bei Schädellage mit vorzeitigem Blasensprunge und Nabelschnurvorfall. Einmal wurde bei Stirnlage im Anschluß an die Wendung die Zange am nachfolgenden Kopfe angelegt. Totalexstirpation des Uterus wegen Ruptur. 3 Kinder wurden asphyktisch, 7 lebend geboren.

Das Wochenbett verlief nur 3 mal fieberhaft.

5. Perforation.

Sechsmal wurde das lebende und 2 mal das tote Kind perforiert. Einmal wurde die Perforation am lebenden, einmal am toten Kinde bei vorzeitigem Blasensprunge vorgenommen. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3703 gr.

Einmal wurde die Totalexstirpation des Uterus wegen Uterusruptur vorgenommen.

Eine Mutter starb an eitriger Trombophlebitis der rechten vena spermatica.

Wochenbett: 5 mal normal, 2 mal fieberhaft.

6. Künstliche Frühgeburt.

Sie wurde nur 2 mal eingeleitet. Beide Kinder lebten und wogen 3100 und 2700 gr.

Das Wochenbett verlief normal.

7. Kaiserschnitt.

Die Sectio Caesarea wurde 10 mal ausgeführt, davon 1 mal bei Nabelschnurvorfall. Nur ein Kind kam tot zur Welt, es wog 3670 gr.

Wochenbett: 4 mal gestört, 2 mal fieberhaft.

8. Hebosteotomie.

Die Hebosteotomie wurde 8 mal ausgeführt, davon 2 mal mit Wendung und Extraction. Sämtliche Kinder lebten. Ihr durchschnittliches Gewicht betrug 3385 gr.

Das Wochenbett verlief 1 mal gestört, 1 mal fieberhaft.

Eine Mutter, bei der die Wendung im Anschluß an die Hebosteotomie und die manuelle Placentarlösung vorgenommen wurde, starb.

Vera 8,5—7,6.

Erstgebärende.

Von den 91 Erstgebärenden kamen 63 spontan nieder d. i. 69,3%, 28 wurden operativ entbunden = 30,7%.

Operative Entbindungen.

1. Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 6 mal beendigt, davon einmal bei Nabelschnurvorfall. Ein Kind wurde tot geboren. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3142 gr.

Wochenbett: 3 mal normal, 3 mal fieberhaft.

2. Extraction.

Die Extraction des Kindes wurde 3 mal vorgenommen bei Steißlage, davon einmal bei vorzeitigem Blasensprunge. Die Kinder lebten und wogen: 3400, 3150, 3505 gr.

Wochenbett normal.

3. Perforation.

Das lebende Kind wurde 3 mal perforiert, davon einmal bei vorzeitigem Blasensprunge.

Die Kinder wogen durchschnittlich 3750 gr. Einmal wurde die Perforation am toten Kinde vorgenommen. Es wog 2790 gr.

Nur ein fieberhaftes Wochenbett.

4. Kaiserschnitt.

Bei diesem Grade der Verengerung wurde der Kaiserschnitt 14 mal ausgeführt, davon einmal bei Nabelschnurvorlage und einmal bei Schieflage.

Sämtliche Kinder lebten. Ihr Gewicht betrug durchschnittlich 3007 gr. Einmal wurde das Wochenbett gestört, 7 mal hatten die Frauen fieberhaftes Wochenbett.

5. Hebosteotomie.

Sie wurde nur einmal bei allgemein verengten Becken und II. H. H. L. ausgeführt. Die Geburt dauerte 22 Stunden. Das Kind lebte und wog 2800 gr. Das Wochenbett verlief fieberhaft.

Im ganzen 4 tote Kinder, deren Tod durch das enge Becken und der Therapie verschuldet ist.

Mehrgebärende.

Von den 130 Mehrgebärenden kamen 65 spontan nieder, = 50%. 65 wurden operativ behandelt = 50%.

Operative Entbindungen.

1. Zange.

Zehnmal wurde die Geburt mit der Zange beendigt, davon einmal bei Nabelschnurvorfall.

Zwei Kinder kamen tot zur Welt. Gewicht: 2900, 3000 gr. Die Mutter eines dieser beiden Kinder ging an Uterusruptur und Totalexstirpation des Uterus zugrunde. Es starb noch eine Mutter, bei der die Zange angelegt wurde.

Das Wochenbett der übrigen Mütter verlief 5 mal normal, 1 mal gestört, 2 mal fieberhaft.

2. Hohe Zange.

Sie wurde nur 3 mal angelegt. Ein Kind mußte durch Perforation entwickelt werden. Die Kinder wogen: 3500, 3500, 3700 gr.

Wochenbett: 2 mal normal, 1 mal fieberhaft.

3. Extraction.

Die Extraction wurde bei Steißlage 2 mal, einmal beim lebenden und einmal beim toten Kinde, vorgenommen.

Beide Kinder kamen tot zur Welt, sie wogen: 3200 und 2750 gr.

Wochenbett normal.

4. Wendung.

Die Wendung wurde 13 mal gemacht, davon:

1 mal bei Steißlage und Nabelschnurvorfall,
3 mal aus Querlage,
2 mal aus Schieflage,
1 mal aus menteposteriorer Stirnlage (Kind tot),
3 mal aus Schädellage,
2 mal bei Nabelschnurvorfall und Schädellage,
1 mal bei Armvorfall. Der nachfolgende Kopf des Kindes wurde bei der Extraction perforiert.

Drei tote Kinder.

Eine Mutter, deren Kind aus menteposteriorer Stirnlage gewendet wurde, starb wegen Uterusruptur.

Ein gestörtes und 1 fieberhaftes Wochenbett.

5. Perforation.

Die Perforation wurde 5 mal am lebenden und 3 mal am toten Kinde vorgenommen. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3337 gr.

Wochenbett: 6 mal normal, 1 mal gestört, 1 mal fieberhaft.

6. Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt wurde 5 mal eingeleitet. In einem Falle wurde das Kind nachher durch Wendung und Extraction entwickelt. Sämtliche Kinder lebten.

Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 2750 gr.

Wochenbett: 4 mal normal, 1 mal fieberhaft.

7. Kaiserschnitt.

Der Kaiserschnitt wurde 7 mal ausgeführt, davon einmal bei Kopfgeschwulst des Kindes. Nur ein Kind ging bei der Operation zugrunde. Die Mutter dieses Kindes ging ebenfalls bei diesem klassischen Kaiserschnitte zugrunde.

Das Wochenbett verlief 2 mal normal, 1 mal gestört und 3 mal fieberhaft.

8. Hebosteotomie.

Sie wurde 17 mal ausgeführt, davon 2 mal mit Wendung und Extraction, 3 mal bei vorzeitigem Blasensprunge und einmal bei Steißlage. Sämtliche Kinder lebten, nur ein Kind wurde asphyktisch geboren.

Das durchschnittliche Gewicht der Kinder betrug 3260 gr.

Die Dauer der Geburt betrug durchschnittlich 30 Stunden.

Das Wochenbett verlief 5 mal normal, 2 mal gestört, 3 mal fieberhaft.

Vera 7,5—6,5.

Erstgebärende.

Von den 30 Erstgebärenden kamen nur 10 spontan nieder, = 33%. 20 wurden operativ entbunden = 67%.

Operative Entbindungen.

1. Typische Zange.

Nur einmal wurde die Geburt mit der Zange beendigt.

37 Jhr. (J. Nr: 395 - Heb. Sch. 1909) 1. p. Periode mit 13 Jahren. X. Monat der Schwangerschaft. I. H. H. L. Maße: 24, 28, 17, vera 7. Os coccyg. deutlich zu fühlen, prominiert stark nach vorwärts. Therapie: Zange. Credé. Kind lebt, 3160 gr schwer.

Wochenbett normal.

2. Perforation.

Einmal wurde die Perforation am lebenden, 2 mal am toten Kinde vorgenommen. Die Kinder wogen: 2800, 2900, 3420 gr. Wochenbett: 1 mal normal, 1 mal gestört, 1 mal fieberhaft.

3. Embrystomie.

Sie wurde einmal bei Schieflage ausgeführt.

4. Kaiserschnitt.

Zwölfmal, davon einmal bei Nabelschnurvorfall. Nur ein Kind ging zugrunde. Die Mutter dieses Kindes starb auch. Außerdem ging noch eine Mutter nach dem Kaiserschnitte zugrunde.

5. Hebosteotomie.

Dreimal, davon zweimal bei vorzeitigem Blasensprunge. Die Kinder kamen lebend zur Welt. Sie wogen: 2870, 2900, 3300 gr. Wochenbett: 2 mal normal, 1 mal fieberhaft.

Mehrgebärende.

Von den 31 Mehrgebärenden kamen nur 8 spontan nieder, = 25,5%, 23 wurden operativ entbunden.

Operative Entbindungen.

1. Extraction.

Nur ein Kind, das intrauterin abgestorben war, wurde extrahiert. Es wog 3000 gr.

2. Wendung.

Dreimal wurde die Wendung vorgenommen, davon 1 mal aus Schädellage bei Nabelschnurvorfall und atonischen Blutungen und 1 mal aus Querlage. Im letzteren Falle mußte der nachfolgende Kopf des Kindes perforiert werden. Die Kinder wogen: 3100, 3310 und 3400 gr.

Wochenbett fieberhaft.

3. Perforation.

Einmal wurde das lebende Kind, 2 mal das tote und 1 mal wegen Hydrocephalus perforiert. Kindergewicht: 3100, 3000, 4000 und 3050 gr.

Wochenbett: 1 mal normal, 1 mal gestört und 2 mal fieberhaft.

4. Embryotomie.

Nur einmal bei Querlage.

5. Kaiserschnitt.

Achtmal, davon 1 mal bei Querlage. Sämtliche Kinder lebten. Das durchschnittliche Gewicht betrug 3600 gr.

Wochenbett: 4 mal normal, 2 mal gestört und 2 mal fieberhaft.

6. Hebosteotomie.

Die Hebosteotomie wurde 6 mal ausgeführt. Nur ein Kind kam tot zur Welt. Das durchschnittliche Gewicht der Kinder: 3350 gr.

Nur ein fieberhaftes Wochenbett.

Vera unterhalb 6,5 cm.

Bei diesem Grade der Verengung fanden sich nur 7 Fälle. Von einer spontanen Geburt konnte hier nicht die Rede sein, da fast alle Kinder den Geburtskanal nicht einmal zerstückelt hätten passieren können. Hier lag die absolute Indication für den Kaiserschnitt vor.

Erstgebärende.

1. 22 Jhr. (Nr: 1573 J. 1910) 1. p. Rachitis. 1. Regel mit 16 Jahren. VIII.—IX. Monat der Schwangerschaft. I. Querlage. Pelvis justo minor et plana rachitica. Maße: 24, 25.5, 28.5, 17, 8.5, 6.

Therapie: Sectio Caesarea extraperitonealis. Forceps. Die Geburt dauerte 20.20 Std. Kind lebt, 2700 gr schwer.

2. 25 Jhr. (J. Nr: 313-1912) 1. p. Rachitis. 1. Regel mit 18 Jahren. Ende der Schwangerschaft. H. H. L. Pelvis plana rachitica. Maße: 26, 26.5, 8—8.5, 6—6.6.

Therapie: Sectio Caesarea extraperitonealis. Credé. Kind lebt, 3000 gr. Patientin starb an Sepsis.

3. 35 Jhr. (Nr: 1575 J. 1912) 1. p. Rachitis. 1. Regel mit 17 Jahren. Ende der Schwangerschaft. II. H. H. L. Pelvis plana. Maße: 27, 28,5, 30, 17.5, 8, 6.

Therapie: Sectio Caesarea extraperitonealis. Manuelle Placentarlösung. Die Geburt dauerte $5^1/_2$ Stunden. Kind lebt, 3300 gr. Wochenbett fieberhaft.

4. 24 Jhr. (Nr: 391, J. 1909 Hb. Sch.) 1. p. 1 Regel mit 15 Jahren, X. Monat der Schwangerschaft. I. Schädellage. Maße: 21.5, 28.5, 16.5, 8.5, 6.

Therapie: Sectio Caesarea extraperitonealis. Credé. Kind scheintot, 2820 gr. Wochenbett gestört.

Mehrgebärende.

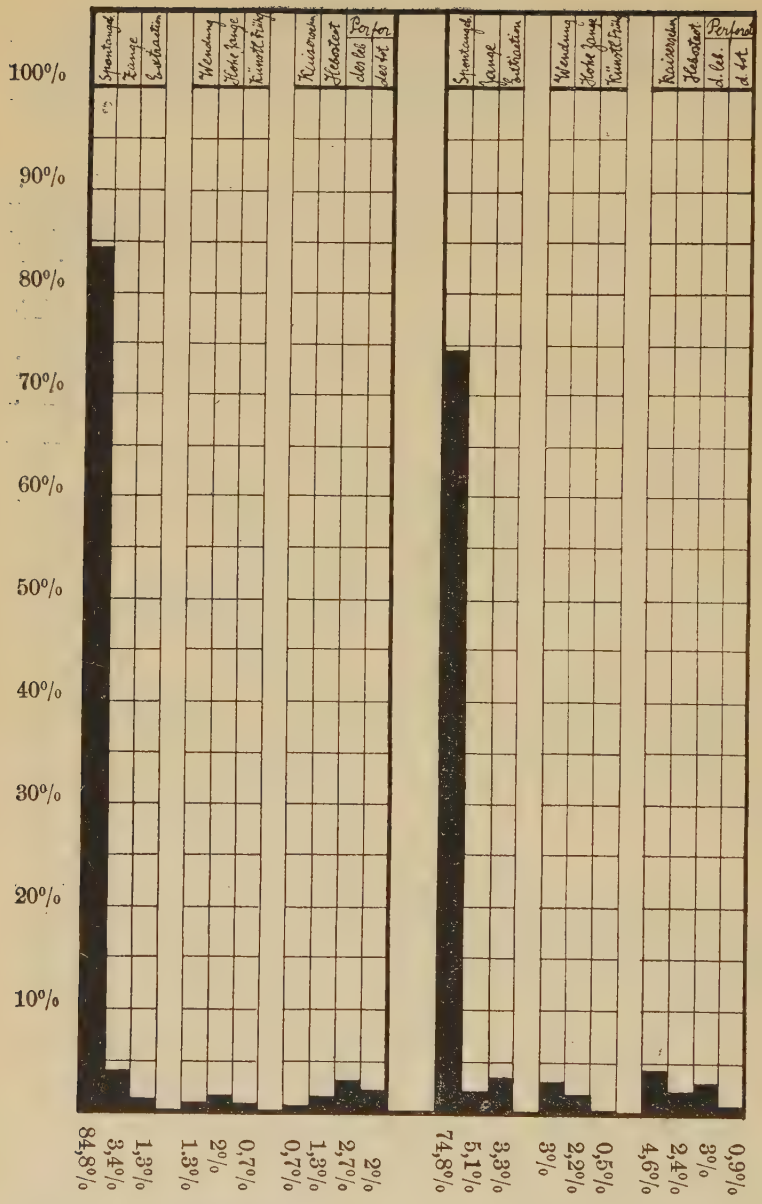
1. 26 Jhr. (Nr. 690 J. 1906) 2. p. Rachitis. 1. Regel mit 17 Jahren. I. Geb. Sectio Caesarea. Ende der Schwangerschaft. Allgemein verengtes, rachitisch plattes Becken. Maße: 24, 25.5, 20, 7, 5. Therapie: Sectio Caesarea. Kind lebt, 3330 gr. Wochenbett fieberhaft.

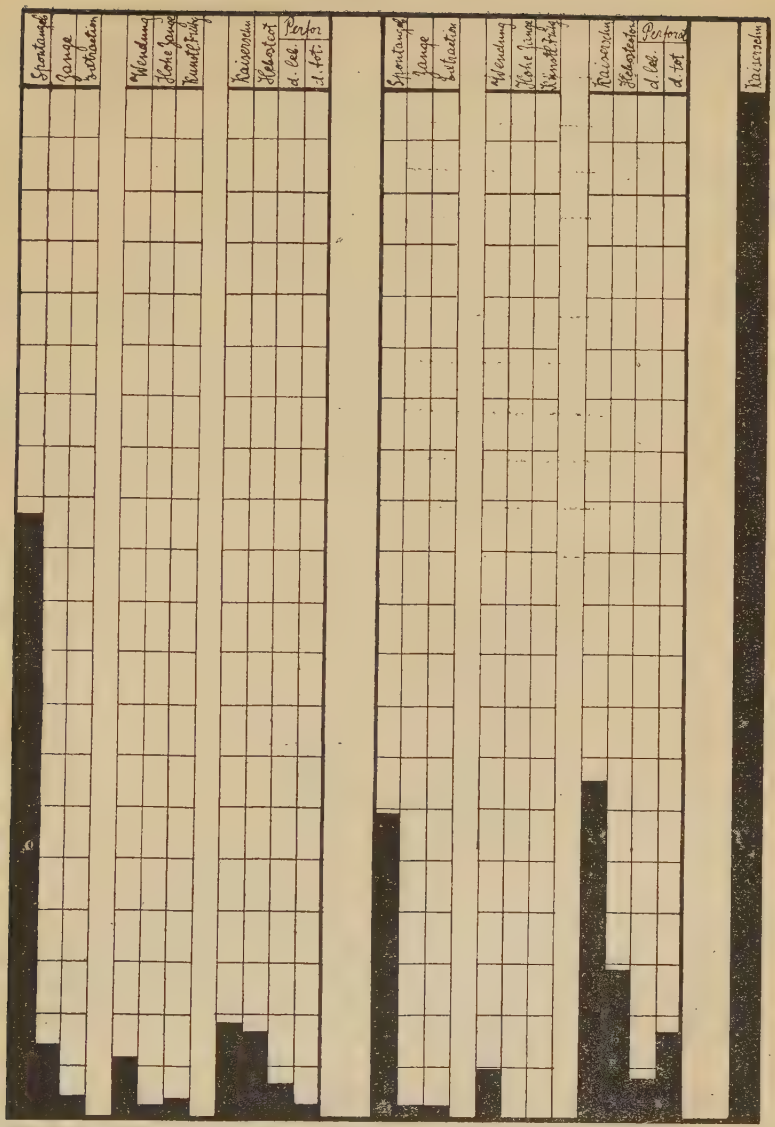
2. 34 Jhr. (Nr: 1101 J. 1906) 4. p. I.—II. Geb. Perforation, III. Geb. künstliche Frühgeburt. Schieflage. Allgemein verengtes Becken. Maße: 22,5, 25.5, 16, 5, 8, 6. Therapie: Sectio Caesarea extraperitonealis. Die Geburt dauerte 5,46 Std. Kind asphyktisch, 3270 gr. Wochenbett fieberhaft.

3. 32 Jhr. (Nr: 570 J. 1908 Heb. Sch.) 2. p. Rachitis. 1. Regel mit 18 Jahren. I. Geb. Sectio Caesarea. X. Monat der Schwangerschaft. I. H. H. L. Allgemein verengtes und rachitisch plattes Becken. Maße: 24, 25, 30, 16, 7.5, 6.

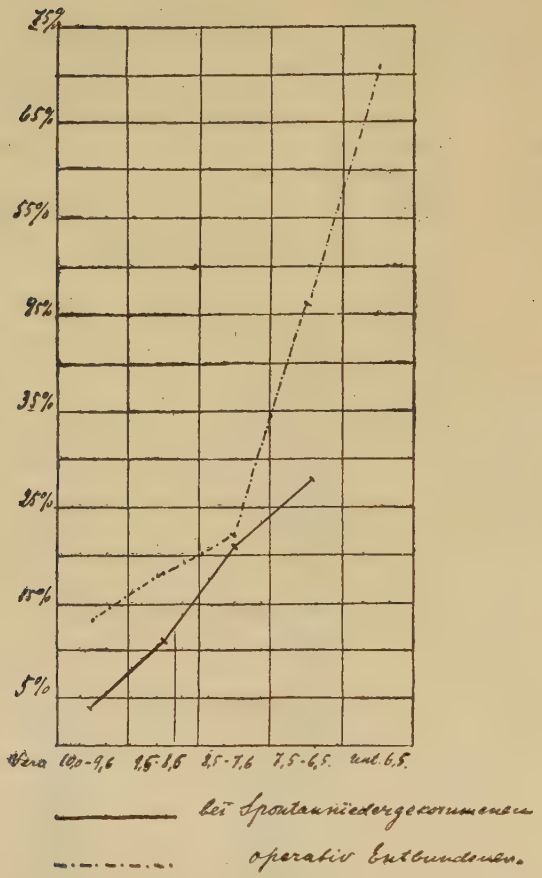
Therapie: Sectio Caesarea. Amputatio Uteri.

Kind lebt. Wochenbett fieberhaft.


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
Spontangt
Zange
Extraction
Wendung
Hohe Zange
Künstl. Frühg.
Kaiserschn.
Fehlgeburt
Perforat. d. Kl.
Perforat. d. Kt.
84,8%
3,4%
1,3%
1,3%
2%
0,7%
0,7%
1,3%
2,7%
2%
74,8%
5,1%
3,3%
3%
2,2%
0,5%
4,6%
2,4%
3%
0,9%
Vera 10,0—9,6
Vera 9,5—8,6


Spontanspl.
lange Extraktion
Wendung
kohe Zange
Kunstfehl.
Kaiserschn.
Hebeotrot
d. Vag.
d. Abt.
Perforat.
57,9%
2,2%
7,2%
1,3%
5,9%
2,2%
9,5%
8,1%
3,6%
1,8%
29%
1,6%
1,6%
4,9%
0
0
32,8%
14,8%
3,3%
8%
100%
Vera 8,5—7,6
Vera 7,5—6,5
Vera unterhalb 6,5

Rachitis beim engen Becken.



Diese Tabelle zeigt, wie Rachitis und enges Becken Hand in Hand gehen. Je höher der Grad der Verengerung ist, desto größer ist die Prozentzahl der Frauen, die in ihrem Kindesalter an Rachitis gelitten haben.

Die im vorhergehenden beschriebenen 807 Geburten bei engem Becken stellen nicht die Gesamtzahl aller engen Becken dar. Es kommen noch diejenigen hinzu, bei denen Kinder unter 2500 gr oder macerierte Früchte geboren wurden, ferner die, welche mit Eklampsie, Placenta praevia, Nephritis und schwerer Phthise kompliziert waren, und dadurch Anlaß und Art der Entbindung bestimmten. Die Gesamtzahl der engen Becken beträgt also 860.

Während die Häufigkeit des engen Beckens nach Baisch bei Döderlein für Tübingen 24%, nach Franke für Dresden 24%, nach Schwarz für Göttingen 22%, nach Dohrn für Königsberg 22%, Joos für Zürich 20% beträgt, stellt sie sich nach unserer Berechnung nur auf 4,6% heraus. Diese geringe Prozentzahl wird dadurch erklärt, daß viele Becken mit leichter Beckenverengerung wegen der dabei erfolgten Spontangeburt innerlich überhaupt nicht gemessen wurden und sich dadurch der Diagnose entzogen haben.

Die Hauptzahl geben die leichteren und mittleren Grade der Beckenverengerung. Zwischen 9,5 und 8,8 cm Vera fanden sich 369, zwischen 8,5 und 7,6 cm Vera 221 Becken.

Die Mehrgebärenden überwiegen. 458 Pluriparen stehen 349 Erstgebärenden gegenüber. Jene machten 54,4%, diese 43,6% aller Kreißenden aus. Nach Baisch 72:28%, bei Krönig 64:36%, bei Chrobak dagegen umgekehrt: auf 60 Erstgebärende 40 Mehrgebärende.

Verhältnis der Zahl der Spontangeburten zu den operativ beendigten.

Von	67	Frauen	bei	Vera	10,0-9,6 cm	Erstgebärende	spont.	56	oper.	11
„	82	„	„	„	10,0-9,6 „	Mehrgebärende	„	70	„	12
„	157	„	„	„	9,5-8,6 „	Erstgebärende	„	122	„	35
„	212	„	„	„	9,5-8,9 „	Mehrgebärende	„	154	„	58
„	91	„	„	„	8,5-7,6 „	Erstgebärende	„	63	„	28
„	130	„	„	„	8,5-7,6 „	Mehrgebärende	„	65	„	65
„	30	„	„	„	7,5-6,5 „	Erstgebärende	„	10	„	20
„	31	„	„	„	7,5-6,5 „	Mehrgebärende	„	8	„	23
„	4	„	„	„	unterhalb	Erstgebärende	„	—	„	4
„	3	„	„	„	65, cm	Mehrgebärende	„	—	„	3

In ganz gesetzmäßiger Weise nimmt mit dem Grade der Beckenverengerung auch die Häufigkeit der Spontangeburten ab. Sie erfolgten bei einer Vera von:

10,0—9,6 in 84,8%
9,5—8,6 in 78,8%
8,5—7,6 in 57,9%
7,5—6,5 in 29,0%
Unterhalb 6,5 in 0,0%.

(Vergleiche Spontangeburten bei verschiedenen Graden der Beckenverengerung. Tab. 1.)

Rechnen wir nun alle Spontangeburten zusammen, so ergibt sich, daß sie 67,7% aller Fälle ausmachen.

In anderen Statistiken finden wir: nach Baisch 80%, bei Pinard 79%, Zweifel 78%, Fritsch 63%, Gusseron

60%, Chrobak 54% und Braun 36% Spontangeburten beim engen Becken.

Wenn wir nun in Betracht ziehen wollen, daß, wie schon erwähnt worden ist, bei vielen Frauen, die spontan niedergekommen sind, das enge Becken nicht als solches angenommen worden ist, so können wir sagen, daß in der Klinik viel mehr als 67,7% Spontangeburten beobachtet worden sind.

Wenn schon nach der Zahl der Spontangeburten die Münchner Frauenklinik zu denjenigen gehört, die die exspektative Geburtsleitung in besonders hohem Maße pflegt, so drückt sich dies noch stärker in der Art der operativen Entbindungen aus.

Die typischen, entbindenden Operationen: Zange, Wendung und folgende Extraction wurden vorgenommen, wenn Gefahr für Mutter oder Kind aufgetreten waren:

Die typische Zange	41 mal = 5 %
Die Extraction	20 mal = 2,5%
Die Wendung wegen Querlage	6 mal = 0,7%
Die Wendung wegen Schieflage	5 mal = 0,6%
Die Wendung wegen Nabelschnurvorfall	5 mal = 0,6%
Die Wendung wegen Armvorfall	1 mal = 0,1%.

Die prophylaktischen Operationen wurden 34 mal ausgeführt und zwar:

Die künstliche Frühgeburt	8 mal = 0,98%
Die prophylaktische Wendung	10 mal = 1, 2%
Die Wendung wegen ungünst. Einstellung	2 mal = 1, 2%
Die hohe Zange	14 mal = 1, 7%.

Die abwartende Leitung der Geburt ist durch ein Zurücktreten der prophylaktischen Operationen, besonders der prophylaktischen Wendung und der künstlichen Frühgeburt charakterisiert (zusammen 3,88%). Nach Baisch wurden die prophylaktischen Operationen bei Döderlein in Tübingen in 2,3%, bei Braun in 18%, Chrobak in 6,3%, Fritsch in 12,3%, Säxinger in 10%, Winter in 10%, Gusseron in 11% ausgeführt.

Anderseits wurden die Operationen häufig vorgenommen, die für das Leben des Kindes größere Garantie bieten:

Kaiserschnitt	59 mal
Beckenerweiternde Operationen	48 mal.

Wie wir sehen, wurde also in 13,3% die Geburt zugünsten des Kindes beendigt. Nach Baisch hat Döderlein in Tübingen diese Operationen in 6,9%, Fritsch in 5,9%, Zweifel in 8,5%, Taufer in 9,5% aller Geburten beim engen Becken vorgenommen.

Die Perforation des lebenden Kindes wurde in 25 Fällen vorgenommen. Davon waren 6 Kinder nahe am absterben, 9 Frauen kamen inficiert in die Klinik herein. Und nur in 10 Fällen wurde die Perforation am lebenden Kinde, um die Geburt rasch zu beendigen, vorgenommen. Also in 1,2%.

Braun hat sie in 1,5%, Zweifel in 2,4%, Säxinger in 0,8%, Winter in 2,5% ausgeführt.

Spont. geb. = 67,7%
Kaiserschn. und Beckenerweit. Oper. = 13,3%
Proph. Op. = 3,88%
Perforat. d. lebend. Kindes = 1,2%
in München
Spontangeb. = 80%
Kaiserschn. und Beckenerweiter. Oper. = 6,9%
Prophyl. Op. = 2,3%
Perforat. des lebend. Kindes = 0,6%
in Tübingen

Uebersicht über das Verhältnis von Spontangeburt, Kaiserschnitt und beckenerweiternden Operationen, prophylaktischen Operationen und Perforation am lebenden Kinde.

Resultate für Mutter und Kind.

Stellen wir nun die Resultate zusammen, so ergibt sich:

Für die Mutter:

Von 807 Frauen starben 12, davon 3 an Peritonitis und peralytischen Ileus, 5 waren inficiert und kamen mit hoher T° in die Klinik herein und nur 4 Frauen = 0,5%, deren Tod durch die Therapie verschuldet ist, gingen zugrunde.

1. N: 83 J. 1911. V. S. 38 Jhr. 8. p. Conj. diag. 10,5—11. Hebosteotomie, Wendung und Extraction. Exitus am 29. Tage.

2. Nr: 305 J. 1911. E. R. 41 Jhr. 7. p. Conj. diag. 10 bis 10,5. Kaiserschnitt. Exitus am 8. Tage.

3. Nr: 476 J. 1910. 30 Jhr. 1. p. Conj. vera 7. Sectio Caesarea. Exitus am 9. Tage. Section: Endometritis septica.

4. Nr: 313 J. 1912. 25 Jhr. Vera 6—6,5. Sectio Caesarea. Exitus am 12. Tage an Sepsis.

Von den 259 operativ Entbundenen fieberten 85 Frauen.

Eintägiges Fieber bei . . . . 26 Frauen = 10%
Mehrtägiges Fieber bei . . . . 59 „ = 23%.

Für das Kind:

Mortalität des Kindes = 6,0%.

	bei Erstgebärende:	bei Mehrgebärende:
Vera 10,0-9,6	2	4
9,5-8,6	8	10
8,5-7,6	4	13
7,5-6,5	2	5
unterhalb 6,5	1	0
	17	32

Sterblichkeit der Kinder bei einzelnen Arten der Entbindung.

1. Bei exspektativ geleiteten Geburten (mit Ausnahme der Spontangeburten starben:

a) bei Zange 3
b) durch Perforation 10
c) bei Kaiserschnitt 4
d) Beckenerweiterung 2
19 = 2,3%

2. Bei prophylaktischen Operationen:

a) bei hoher Zange 4
b) „ prophylaktischer Wendung 2
c) „ künstlicher Frühgeburt 1
7 = 0,9%

3. Bei indizierten Operationen:

a)	bei Wendung aus Querlage	2
b)	„ „ wegen Armvorfall . . .	1
c)	„ „ „ Nabelschnurvorfall .	1
d)	Manualhilfe bei Steißlage	5
e)	„ „ vollkom. Fußlage . . .	1
		10 = 1,2%.

Resultat: Die Kindersterblichkeit ist bei Kaiserschnitt und Beckenerweiternden Operationen (6 Fälle) gering = 5,6%
bei den prophylaktischen Operat. entspricht sie = 20,6%.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die Uebernahme des Referats und für die Ueberlassung des Materials und Herrn Professor Dr. Baisch für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Baisch. Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907.
Baisch. Die Mortalität beim engen Becken einst und jetzt (Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. 23.
Baisch. Die Einteilung des engen Beckens und die Prognose d. einzelnen Formen (Zentralblatt für Gynäkologie 1907 Nr. 10).
Baisch. Die Unentbehrlichkeit der Perforation des lebendes Kindes.
Baisch. Das enge Becken. Prakt. Ergebnisse der Geb. u. Gynäk. S. 234.
Bail. Die Therapie des engen Beckens an d. Univ.-Frauenklinik zu Würzburg im Jahre 1909. Dissertation.
Baisch. Geburten nach früh. beckenerweiternden Operationen. (Beiträge z. Geb.-Hilfe.)
Döderlein. Ueber alte und neue beckenerweiternde Operationen. (Archiv f. Gynäkologie 1904 72.
Döderlein. Die moderne Indicationstellung der Geburtshilfl. Operationen.
Hannes. Die Therapie d. engen Beckens und ihre Wandlungen. (Zeitschr. für Geb. u. Gyn. B. 63 180.
Krönig. Die Therapie beim engen Becken. Leipzig 1901.
Leopold. Die geburtshilflichen Operationen beim engen Becken. Leipzig.
Litzmann. Ueber den Wert der künstlich eingeleit. Frühgeburt bei Beckenenge und die Grenze ihrer Zulässigkeit (Archiv f. Gyn. 2).
Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshilfe.
Schröder. Lehrbuch der Geburtshilfe.
Scipiades. Ueber die Behandlung der Geburt beim engen Becken. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1907.
Spiegelberg. Lehrbuch der Geburtshilfe.
Fritsch. Alte und neue Geburtshilfe. (Deutsch. med. Woch.-Schr. Nr. 33.)
Pfannenstiel. Indicationen zur Behandlung der Geb. bei Beckenenge. (Deutsche med. Wochenschr. 1906 S. 1654.)
Veit. Die Behandlung d. engen Beckens. (Deutsche med. Wochenschrift.)
v. Winkel. Handbuch der Geburtshilfe.
Wyder. Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio Caesarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken. (Archiv für Gyn. 32.)
Zweifel. Lehrbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Gerschon Golischeff, wurde im Jahre 1884 zu Kachowka (Tavrier Gouvern.) in Rußland geboren. Im Jahre 1898 absolvierte er die Volksschule und trat in Cherson in die mittlere medizinische Schule ein. Nachdem er diese im Jahre 1902 absolviert hatte, beteiligte er sich in Odessa an der Bekämpfung der Pest. Ebenso arbeitete er in den Jahren 1903—1904 an verschiedenen Orten Süd-Rußlands als Hilfskraft bei Cholera-, Dyphtherie-, Scharlach-Epidemien. Im Jahre 1904 ging er auf das Land und arbeitete dort als Hilfsarzt bis 1909. Im Jahre 1909 erwarb er sich das Reifezeugnis für das klassische humanistische Gymnasium zu Cherson und übersiedelte nach München, um sich dort weiter mit dem Studium der Medizin zu befassen.